

群国保連第 号
平成 年 月 日

確認試験実施機関 御中

群馬県国民健康保険団体連合会

光ディスク等を用いた費用の請求に係る確認試験実施連絡書

平成 年 月 日に御依頼のありました確認試験につきましては、次により実施いたします。

なお、御提出いただく磁気媒体の貼付ラベルの余白に「**試験用**」と朱記されますようお願いします。

- | | | |
|---|-----------------|----------------|
| 1 | 確認試験用媒体の提出期日 | 平成 年 月 日まで |
| 2 | 確認試験用媒体の提出先 | 群馬県国民健康保険団体連合会 |
| 3 | 確認試験の実施予定日 | 平成 年 月 日 |
| 4 | 試験結果のリスト等の発送予定日 | 平成 年 月 日 |
| 5 | その他 | |

「光ディスク等を用いた費用の請求に関する届出」を提出する場合は、請求を開始する月の前月20日までをお願いします。